

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 73

Etude de la morbidité et de la mortalité
par infection puerpérale, à la suite des
interventions obstétricales effectuées
au cours de la période de la délivrance
(Statistiques de la clinique obstétricale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine DENACLARA

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 9 Janvier 1908 à LAROQUE-DES-ALBÈRES (Pyrénées-Orientales)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

**Etude de la Morbidité et de la Mortalité par infection puerpérale
à la suite des interventions obstétricales
effectuées au cours de la période de la délivrance**

Etude de la morbidité et de la mortalité
par infection puerpérale, à la suite des
interventions obstétricales effectuées
au cours de la période de la délivrance
(Statistiques de la clinique obstétricale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine DENACLARA

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 9 Janvier 1908 à LAROQUE-DES-ALBÈRES (Pyrénées-Orientales)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOU
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIEU
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (i.eon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIG	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REPATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président*; DUFOURT, *assesseur*;

WERTHEIMER et EPARVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Les plus grandes reconnaissances
— comme les grandes douleurs —
sont muettes.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
en témoignage de notre vive gratitude
et de notre profond respect.

AUX MEMBRES DE MON JURY

AU DOCTEUR PIGEAUD
Chef de Clinique Obstétricale

Avec l'expression de notre vive reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DES HÔPITAUX CIVILS

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
ET DE L'HÔPITAL MILITAIRE DESGENETTES

**Etude de la Morbidité et de la Mortalité par infection puerpérale
à la suite des interventions obstétricales
effectuées au cours de la période de la délivrance**

Introduction

Lorsqu'on lit les précis d'Obstétrique, et en particulier le beau livre du Professeur Fabre, on peut y remarquer que, de toutes les opérations obstétricales la délivrance artificielle est certainement la plus dangereuse et celle qui fait courir à l'accouchée les risques les plus grands d'infection puerpérale. Dans quelle mesure cette opération pratiquée par un personnel expérimenté, dans un Service d'Obstétrique parfaitement organisé, c'est-à-dire, avec toutes les garanties possibles d'asepsie, est-elle encore passible de pareils reproches ? Lorsqu'on suit pendant quelque temps un Service de Maternité, on est frappé en voyant, au lit des malades, un certain nombre de feuilles de température porter la mention « Délivrance artificielle » ou « Revision utérine », sans que pour cela les accouchées ne présentent rien d'anormal dans les suites de couches.

On peut donc se demander si les auteurs classiques

ne vivaient pas sur la notion d'accidents survenus après de telles manœuvres, avant la période où les règles de l'asepsie chirurgicale ont été rigoureusement appliquées à l'Obstétrique, et si leurs affirmations ne s'adressent pas particulièrement aux médecins et aux sages-femmes appelés à exercer au domicile des parturientes dans des conditions telles quelquefois que, malgré la plus extrême attention, il peut leur être véritablement impossible d'opérer sous le couvert d'une asepsie parfaite.

Par ailleurs on sait bien que souvent les interventions au cours de la délivrance, ne sont que le complément d'une autre intervention obstétricale effectuée au cours du travail : forceps, etc... Il est certain que, en pareil cas, si une forme quelconque de l'infection puerpérale vient à se manifester, il est difficile d'en préciser l'origine, et on ne peut affirmer avec certitude que la délivrance artificielle ou la revision utérine en soient seules et directement responsables.

Ayant entendu, au cours de notre stage plusieurs leçons de notre Maître M. le Professeur Voron, traitant de la prophylaxie de l'infection puerpérale et aussi de l'origine endogène de certaines formes de cette maladie, nous avons été quelque peu étonné de voir notre Maître, partisan le plus souvent par ailleurs de laisser agir sans y toucher, mais en les surveillant attentivement les processus physiologiques naturels, soutenir la théorie des revisions utérines aussitôt après la délivrance: revisions utérines qui, bien entendu, ne seraient pas pratiquées systématiquement.

ment, mais facilement mises en œuvre dans tous les cas où subsiste le moindre doute sur l'intégrité du placenta ou des membranes. M. le Professeur Voron estime que cette intervention pratiquée correctement, sans affolement, après une désinfection soigneuse des mains et des avant-bras, et effectuée dans un milieu obstétrical correct, ne présente aucun danger et joue certainement un rôle de prophylaxie vis-à-vis d'une infection puerpérale possible, dont le déclenchement est bien souvent favorisé par la rétention, *in utero*, de débris ovulaires ou même de caillots.

Très vivement intéressé par ces faits et par cette notion qui, pour nous, était relativement nouvelle, nous avons demandé à notre Maître l'autorisation de recueillir dans son Service tous les cas de délivrances artificielles ou de revisions utérines effectuées à l'exclusion de toute intervention au cours du travail, de façon à pouvoir établir, dans des conditions favorables, le pourcentage de morbidité, voire de mortalité, par infection puerpérale à la suite de semblables interventions.

Nous avons commencé en novembre 1927 pour la prise des observations sur les registres de la Clinique et elles se répartissent à partir de cette date jusqu'au mois d'avril inclus de l'année 1931.

Dans les Leçons de la Clinique Tarnier, parues en 1928, M. le Professeur Gheorgiu, de Bucarest, a préconisé comme moyen de prophylaxie vis-à-vis de l'infection puerpérale la revision utérine systématique aussitôt après la délivrance. Nous exposerons sa méthode dans le chapitre suivant. Au dernier Congrès

de Gynécologie et Obstétrique de Langue Française, M. Ecalle, dans une communication remarquée, a affirmé que cette pratique, systématiquement mise en œuvre dans son Service depuis quelques années, lui a donné des résultats favorables et que non seulement il a constaté une diminution de la morbidité, mais encore une disparition presque complète des hémorragies du post-partum.

Les recherches que nous poursuivons à la Clinique présentent donc un intérêt actuel, puisqu'il s'agit d'une question récemment controversée. Aussi sommes-nous heureux de consacrer à cette étude notre thèse inaugurale.

Pour ce travail, nous avons adopté le plan suivant : dans un premier chapitre, nous exposerons les idées des différents auteurs sur la question et nous ferons en particulier de larges emprunts aux travaux du Professeur Gheorgiu.

Nous présenterons ensuite nos observations et nous essayerons d'en dégager quelques conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Historique Technique et Indications de la Délivrance Artificielle et de la Revision utérine

Notre étude ayant pour but essentiel, sinon unique, de présenter un ensemble de statistiques, nous ne ferons qu'un historique assez réduit, préférant nous apesantir davantage sur la technique et les indications de la délivrance artificielle et de la revision utérine, beaucoup plus en rapport avec l'objet de notre travail.

Historique

Les auteurs divisent l'histoire des interventions intra-utérines de la période de la délivrance en quatre périodes :

PREMIÈRE PÉRIODE. — Elle s'étend sur les 15 premiers siècles. L'extraction forcée du délivre était la règle, et par des manœuvres souvent bizarres. Au temps d'Hippocrate, l'enfant resté attaché au cordon, était placé sur une outre pleine d'eau qui se vidait peu à peu par un petit orifice pratiqué dans la paroi. Lorsque le cordon était rompu on suppléait à l'enfant par un poids. Celse, Paul d'Egine, Avicenne suivent la même méthode. Il faut mettre à part Soranus d'Ephèse qui ébauche déjà un procédé, non sans erreurs certes, mais plus méthodique de l'extraction artificielle du délivre.

DEUXIÈME PÉRIODE. — Elle comprend les xvi^e et xvii^e siècles. Il y a toujours intervention active. La main est introduite dans l'utérus dès la sortie de l'enfant.

« La sage-femme, dit Ambroise Paré, doit subitement tirer l'arrière-faix, s'il est possible, et s'il est besoin l'extraire et mettre hors ». Dans les cas de rétention placentaire, il conseille « d'introduire la main doucement dedans la matrice et prendre ledit chorion et le tissu hors et entier s'il est possible ».

L'intervention rapide est aussi conseillée par Mauriceau (1695-1801), mais il précise dans quel cas la délivrance artificielle doit être pratiquée : « Rupture du cordon et impuissance des tractions sur cet organe ». Deventer soutient la même théorie. Portal décrit le manuel opératoire ; il recommande de ne rien laisser dans l'utérus et décrit les troubles et les hémorragies consécutifs aux rétentions placentaires.

TROISIÈME PÉRIODE. — Va du XVIII^e au XIX^e siècle. Elle est caractérisée par l'apparition et le triomphe de la méthode expectante. Puzos s'élève contre le principe jusque-là absolu, de délivrer la femme. « L'expulsion du placenta, écrit-il, est aussi constamment l'ouvrage de la nature que le travail qui fait venir l'enfant ». Mais c'est surtout Ruysch, anatomiste hollandais, qui a insisté sur le fait que la délivrance devait être laissée à la nature. Cependant la délivrance artificielle n'était pas totalement abandonnée et Puzos, lui-même, pose les indications de cette intervention, d'une manière plus ou moins précise d'ailleurs.

QUATRIÈME PÉRIODE. — Rejoint les temps actuels. C'est l'inauguration de la méthode naturelle. On laisse à la nature, dans les cas ordinaires le soin d'expulser le placenta. Elle a été soutenue et défendue par Baudelocque, Velpeau... En même temps, se précisent davantage les indications de la délivrance artificielle. Nous y insisterons d'ailleurs plus loin.

Nous allons maintenant exposer la technique et les indications de la délivrance artificielle et de la revision utérine.

Délivrance artificielle

C'est l'introduction de la main à l'intérieur de la cavité utérine pour décoller et extraire l'arrière-faix.

Technique : Elle est régie par 3 conditions :

a) Prudence : pour ne pas léser l'utérus.

b) Attention : pour ne pas laisser dans l'utérus aucune partie du délivre.

c) Asepsie : pour ne pas infecter l'utérus. On conçoit l'importance de cette dernière condition, quand on pense que la délivrance artificielle met en contact étroit la plaie placentaire, dont les vaisseaux sont béants, avec cet instrument peu facilement désinfectable qu'est la main de l'accoucheur.

SOINS PRÉALABLES : Ceci explique la minutie des soins préalables, qui consistent en la désinfection soignée de l'accoucheur et de l'accouchée. Ebarbage des poils de la vulve, badigeonnage de la vulve et des régions péri-vulvaires avec de l'eau et de la teinture d'iode. Désinfection soignée des mains, et avant-bras de l'accoucheur, avec de l'eau et du savon stérilisés, de l'alcool et de la teinture d'iode. L'anesthésie générale ne sera pratiquée que si on a du temps devant soi ; on s'en passera si le cas est urgent.

MANUEL OPÉRATOIRE : Nous supposerons qu'on intervient pour hémorragie — c'est le cas le plus fréquent — due à l'inertie utérine. La main droite lubrifiée est introduite, en cône, dans les voies génitales. La main gauche est placée à plat sur le fond utérin pour le maintenir abaissé. La main droite est ensuite poussée dans la cavité utérine et suit le cordon pour déterminer la région placentaire. La main droite est alors ramenée jusqu'à l'orifice externe du col et poussée au ras du tissu utérin entre celui-ci et les membranes. Puis commence la manœuvre du décollement, effectuée par

l'extrémité des doigts utérins, et simple quand il n'y a pas d'adhérences. En même temps, on incline la main de droite à gauche et on décolle, soit par le bord radial, mais surtout par le bord cubital « à la manière d'un coupe-papier tranchant les feuillets d'un livre » (Bar).

Quand le placenta est complètement décollé, on le recueille dans la paume de la main formant cuiller, et on l'extraît doucement en complétant le décollement des membranes. Fochier recommande de réintroduire la main dans l'utérus pour en extraire les caillots qui peuvent s'y trouver. On pratique ensuite l'examen de l'arrière-faix, rendu délicat par le fait que le délivre est souvent déchiqueté; aussi la manœuvre de Fochier est-elle le meilleur moyen de s'assurer qu'il ne reste rien dans l'utérus.

INDICATIONS : Ce sont l'hémorragie et les rétentions placentaires.

a) *Hémorragies* : C'est l'indication la plus fréquente, soit qu'on ait affaire à une hémorragie abondante d'emblée, parfois foudroyante, ou à un suintement continu ou par à-coups successifs. L'élévation permanente du pouls au-dessus de 100 est une indication d'intervention.

b) *Non-délivrance ou rétention placentaire* : Lorsqu'après 2-3 heures la délivrance ne se produit pas et qu'ont échoué des manœuvres prudentes d'extraction, il faut lever les obstacles qui s'opposent à cette sortie, soit qu'il s'agisse d'une incarcération totale du

placenta par rétraction de l'anneau de Bandl, ou, ce qui est plus fréquent, d'un emprisonnement partiel du délivre dû à une corne utérine inerte, ou encore par des adhérences anormales s'opposant au décollement placentaire.

Certains accoucheurs pratiquent la délivrance artificielle après les opérations obstétricales durant le travail. C'est une question d'école et d'ailleurs nullement en rapport avec notre étude où nous n'envisageons que les accouchements spontanés. Nous en dirons de même de certains accidents de l'accouchement qui commandent la délivrance artificielle, à savoir les ruptures utérines et les déchirures profondes du col et du vagin saignant abondamment.

Revision utérine

Elle consiste, comme son nom l'indique, à pratiquer, par l'intermédiaire de la main introduite dans l'utérus, un examen de la cavité utérine, afin d'en vérifier l'intégrité, quand on a des raisons, que nous exposerons plus loin, de la suspecter.

La technique en est la suivante : La femme est placée sur la table gynécologique. On commence par un nettoyage de la vulve et des régions pré-vulvaires avec de l'eau, de l'alcool, de la teinture d'iode. On peut anesthésier avec du chlorure d'éthyle car l'opération n'est pas longue. On procède ensuite au nettoyage des mains avec de l'eau et du savon stérilisés, de l'alcool et de la teinture d'iode. On introduit ensuite la main

droite dans l'utérus, tandis que la main gauche fixe le fond de cet organe. La main droite nettoie la paroi antérieure, la paroi postérieure, les cornes surtout, jusqu'à ce que la cavité utérine soit absolument propre. On termine par une irrigation avec de l'eau stérilisée, au moyen, par exemple, d'une sonde à double courant de Budin jusqu'à ce que l'eau ressorte propre. Il faut attendre que l'eau soit sortie complètement par la sonde, qu'on retire seulement à ce moment-là. Le but de cette irrigation est de faire partir toutes les petites particules détachées, non extraites par la main. On surveille ensuite le globe utérin pendant deux ou trois heures; puis une simple toilette vulvaire quotidienne suffit. Le but de la surveillance du globe de sûreté de Pajot, pendant deux à trois heures, est d'empêcher la formation des caillots dans la cavité utérine et d'avoir, par conséquent, une cavité virtuelle.

Il faut donc :

- a) Nettoyer à fond ;
- b) Ne pas laisser de liquide dans la cavité utérine ;
- c) Surveiller la contractilité et la rétractilité utérines pendant deux ou trois heures.

Quelles sont les indications de cette opération ?

Elles sont simples ; la revision de la cavité utérine s'impose lorsque, par des symptômes extérieurs, tels que l'hémorragie, par l'examen du placenta, on pose le diagnostic de rétention intra-utérine.

De plus, M. le Professeur Gheorgiu, aux travaux duquel nous avons fait de larges emprunts dans ce chapitre, pratique systématiquement les revisions utéri-

nes pour les raisons suivantes : il envisage la division — classique — de l'infection puerpérale en infection puerpérale hétérogène et infection puerpérale auto-gène. Après avoir montré que le traitement curatif de l'infection puerpérale n'existe pas : « Je crois, dit-il, qu'il n'y a qu'un traitement curatif : l'abstention », il expose les progrès du traitement prophylactique. Mais il oppose la diminution remarquable du taux de la morbidité et de la mortalité par hétéro-infection, à la stabilité surprenante du taux correspondant par auto-infection. La cause, d'après lui, réside en ce fait que les microbes trouvent dans la cavité utérine un milieu favorable pour se développer parce qu'ils y trouvent des restes : restes cotylédonaires, de membranes, ou d'anciens caillots qui, par décomposition, deviennent un milieu de culture. Et M. Gheorgiu voit là non seulement l'indication d'une revision utérine, mais celle de la revision utérine systématique qu'il pratique après tous les accouchements.

Telles sont la technique et les indications des interventions obstétricales au cours de la période de la délivrance : délivrance artificielle et revision utérine.

CHAPITRE II

Exposé des observations

Nous avons réuni dans ce chapitre, d'une part, les cas de morbidité soit après délivrance artificielle, soit après revision utérine, terminant un accouchement spontané et bien entendu exclusives de toute autre intervention antérieure, et, d'autre part, les cas de mortalité recueillis dans les mêmes conditions.

Les bases de ce travail sont les suivantes :

a) En ce qui concerne la morbidité, il est illusoire, et à vrai dire impossible, d'en donner une définition mathématique; par ailleurs, il nous faut la caractériser le plus exactement possible, car c'est du sens que nous aurons donné à ce terme que vont dépendre toutes nos statistiques. Nous avons choisi la définition indiquée par Fabre et adoptée par M. le Professeur agrégé Eparvier dans sa thèse inaugurale. C'est la suivante : Sera considérée comme fébrile toute température qui, lors du post-partum, et dans les conditions indiquées plus haut, aura atteint 3 fois 38°1 ou

1 fois 38°5 ; nous laisserons de côté la température du jour de l'accouchement pour éliminer l'action immédiate du traumatisme obstétrical.

b) Nous avons compté parmi les infections puerpérales tous les cas satisfaisant à la définition de la morbidité donnée ci-dessus, constatés dans les suites de couches, lorsqu'ils ne reconnaissent pas pour cause évidente des accidents pathologiques nets et distincts de l'infection puerpérale. Cette manière de voir alourdit évidemment d'une façon singulière le taux de la morbidité puisque, pour citer un exemple concret, le seul fait de présenter 3 fois 38°1 ou 1 fois 38°5 en dehors de tout autre phénomène pathologique, constitue à nos yeux un cas d'infection puerpérale. C'est dire que nous nous plaçons dans les conditions les moins favorables, en ce qui concerne le résultat final. Et si nous nous permettons d'insister là-dessus, c'est bien parce qu'il s'agit de la base, c'est-à-dire du point essentiel de notre travail, et que chaque auteur ayant sa conception personnelle pour la définition de la morbidité, il s'en suit qu'il sera très difficile de comparer les résultats obtenus dans les différentes statistiques avec les nôtres.

c) Enfin, étant donné le rapport étroit de l'infection puerpérale proprement dite avec les infections mammaires, nous avons évalué le taux de la morbidité de deux manières : d'une part en y comprenant les infections mammaires, d'autre part en ne les comptant pas dans ce taux.

d) Nous ne parlons pas dans l'exposé des observations de l'accouchement proprement dit, puisque par

définition, il a été spontané. Nous notons simplement l'âge et la parité de la malade, les antécédents obstétricaux quand ils nous paraissent être intéressants, la cause de la délivrance artificielle ou de la révision utérine, le diagnostic lorsqu'il y en a eu un de porté, l'importance de l'hémorragie et enfin le jour de sortie de la malade.

Nous allons maintenant passer à l'exposé des observations.

A. — Observations des cas morbides

ANNÉE 1927

N° 864. — Mme M... B., 38 ans. Secondipare.

Accouchement à 7 mois $1/2$. Crises d'éclampsie pendant la grossesse, ayant facilement cédé par le traitement habituel. La malade ayant perdu 500 grammes et l'utérus se contractant irrégulièrement on fait la délivrance artificielle. Placenta adhérent dans la corne utérine droite. Sortie le 17^e jour.

ANNÉE 1928

N° 183. — Mme J... B., 39 ans. IX pare.

Réascension de l'utérus 40 minutes après l'accouchement. La malade continue à perdre ; on fait la délivrance par refoulement. Le placenta paraissant incomplet on pratique une révision utérine qui ramène un cotylédon.

Hémorragie : 430 grammes. Endométrite. Sortie le 38° jour.

N° 266. — Mme C... M., 28 ans. Primipare.

Le placenta est un peu éraillé sur un bord. La malade présente un léger suintement sanguin et expulse de temps en temps des caillots. Revision utérine qui ramène quelques débris cotylédonnaires.

Hémorragie : 800 grammes. Sortie le 25° jour.

N° 388. — Mme C... C., 34 ans. III pare.

Cinq minutes après l'accouchement, flot de sang très abondant, que la compression de l'aorte ne suffit pas à arrêter. On fait la délivrance artificielle. Placenta adhérent. La main réintroduite ramène un cotylédon. Hémorragie : 1.400 grammes.

Sortie le 23° jour.

N° 502. — Mme T... L., 19 ans. Primipare.

Rétention de membranes. Extraction immédiate par revision utérine. Hémorragie : 400 grammes. Endométrite. Sortie le 12° jour.

N° 517. — Mme C... M., 19 ans. Primipare.

Placenta douteux nécessitant une revision utérine. La main introduite dans l'utérus ramène des débris de membranes.

Sortie le 14° jour.

N° 674. — Mme N... B., 21 ans. Primipare.

Réascension de l'utérus 1 h. 20 après l'accouchement. Tentative infructueuse de délivrance par re-

foulement. Délivrance artificielle. Placenta encha-tonné dans la corne utérine gauche. Hémorragie : 700 grammes. Lymphangite. Galactophorite.

Sortie le 16^e jour.

N^o 737. — Mme J... G., 24 ans. Primipare.

Zone d'inertie placentaire dans la corne utérine gauche 1 h. 30 après l'accouchement. Hémorragie de 800 grammes. Délivrance artificielle. Adhérences placentaires dans la corne gauche qui obligent à broyer le placenta pour l'extraire. Endométrite.

Sortie le 20^e jour.

N^o 743. — Mme G... M., 26 ans. Secondipare.

Placenta prævia dont l'existence a été parfaitement compatible avec l'accouchement spontané. Placenta incomplet. On fait une revision utérine qui ramène un cotylédon.

Hémorragie : 600 grammes. Sortie le 14^e jour.

N^o 775. — Mme P..., 24 ans. Primipare.

Le placenta paraissant douteux on pratique une revision de la cavité utérine qui ne ramène que des membranes. Hémorragie : 500 grammes.

Sortie le 17^e jour.

N^o 818. — Mme G... L., 26 ans. Primipare.

Hémorragie de 900 grammes avant la délivrance. On fait la délivrance artificielle. La main réintroduite dans l'utérus ramène tout le chorion.

Sortie le 28^e jour.

N° 971. — Mme A... T., 25 ans. Primipare.

Hémorragie de 1.300 grammes avant la délivrance.
On fait la délivrance artificielle.
Métrite. Sortie le 16^e jour.

N° 1205. — Mme P... B., 20 ans. Primipare.

Rétention d'une partie des membranes. On en pratique l'extraction immédiate. Infection grave des suites de couches, à type pyohémique, et qui se termine par une phlébite du membre inférieur gauche.
Sortie le 96^e jour.

ANNÉE 1929

N° 95. — Mme S... E., 25 ans. Secondipare.

Rétention des deux tiers du chorion. Extraction immédiate.
Sortie le 15^e jour. Lymphangite.

N° 141. — Mme B..., 30 ans. III^e pare.

La malade a eu des délivrances artificielles à ses deux accouchements antérieurs. Abondante hémorragie de 800 grammes. On pratique la délivrance artificielle. Placenta complet. Dans la nuit du 4^e au 5^e jour, perte assez abondante, avec gros caillots.
Sortie le 23^e jour.

N° 322. — Mme R... J., 19 ans. Primipare.

Hémorragie de la délivrance : soit 900 grammes. Délivrance artificielle. Infection puerpérale sévère. Guérison sans localisation.
Sortie le 29^e jour.

N^o 390 et 391. — Mme D..., 39 ans. VII pare.

Gémellaire sans incident. Placentas déchiquetés paraissant incomplets. On fait une revision utérine qui ramène des débris cotylédonnaires.

Hémorragie : 800 grammes. Phlébites péri-utérine et des membres inférieurs. Sortie le 95^e jour.

N^o 412. — Mme R..., 30 ans. IV pare.

Hémorragies habituelles de la délivrance. Hémorragie après l'accouchement de 1.200 grammes. On essaie en vain la compression de l'aorte. On fait alors la délivrance artificielle, rendue pénible par des adhérences placentaires. La main réintroduite ramène des lambeaux de caduque épaissie.

Sortie le 12^e jour.

N^o 504. — Mme B..., 22 ans. Primipare.

Hémorragie de la délivrance de 1.250 grammes. Délivrance artificielle. On réintroduit la main dans l'utérus et on ne ramène que des débris membraneux.

Sortie le 16^e jour.

N^o 845. — Mme B..., 22 ans. II pare.

Hémorragie tenace après la délivrance. Revision utérine qui ramène un cotylédon et des débris membraneux.

Hémorragie : 1.800 grammes. Sortie le 13^e jour.

N^o 1076. — Mme P... R., 23 ans. Primipare.

Le placenta paraissant douteux, on fait une revision de la cavité utérine qui ramène des débris coty-

lédonnaires. Hémorragie : 1.200 grammes. Endométrite.

Sortie le 11^e jour.

N^o 1122. — Mme L... B., 20 ans. Primipare.

La malade ayant perdu 900 grammes de sang et le placenta n'étant pas décollé, on fait la délivrance artificielle. Placenta volumineux. Hémorragie : 1.000 grammes.

Sortie le 9^e jour.

ANNÉE 1930

N^o 249. — Mme L... L., 26 ans. Primipare.

Rétention du tiers du chorion. On en pratique l'extraction immédiate.

Lymphangite du sein droit. Sortie le 17^e jour.

N^o 450. — Mme A..., 32 ans. Secondipare.

Le placenta restant adhérent par deux cotylédons sur le segment inférieur, on le décolle manuellement. Hémorragie : 1.200 grammes.

Endométrite légère. Sortie le 16^e jour.

N^o 453. — Mme C... J., 25 ans. Primipare.

Hémorragie de 900 grammes avant la délivrance, nécessitant une délivrance artificielle.

Endométrite. Sortie le 16^e jour.

N^o 539. — Mme B... J., 43 ans. Primipare.

Après 1 h. 15 d'expectation, le placenta n'étant pas

décollé, on fait la délivrance artificielle. Une partie, le tiers environ, du placenta, reste retenue dans la corne utérine droite. On fait une revision utérine qui ramène quelques débris cotylédonnaires. Hémorragie: 500 grammes.

Sortie le 21^e jour.

N° 643. — Mme M... A., 30 ans. V pare.

Quatre heures après la sortie du fœtus le placenta n'est pas encore expulsé. On fait alors la délivrance artificielle rendue pénible par de fortes adhérences placentaires. La main réintroduite ramène des débris ovulaires. Hémorragie : 500 grammes.

Sortie le 19^e jour.

N° 928. — Mme D.. J., 18 ans. Primipare.

Hémorragie de la délivrance de 1.200 grammes. On fait la délivrance artificielle.

Lymphangite du sein gauche. Sortie le 12^e jour.

N° 960 et 961. — Mme B..., 25 ans. Primipare.

Quinze minutes après l'expulsion du deuxième fœtus le placenta apparaît à la vulve avec une grosse hémorragie. La malade continuant à perdre on fait une revision utérine qui ne ramène que des caillots. Hémorragie : 1.900 grammes.

Sortie le 14^e jour.

N° 1140. — Mme J... J., 18 ans. Primipare.

Hémorragie de la délivrance, nécessitant une déli-

vrance artificielle, suivie d'une revision de la cavité utérine. Hémorragie : 900 grammes.

Sortie : le 61° jour.

N° 1216. — Mme B..., 35 ans. VI pare.

Hémorragie de la délivrance, qu'on essaie en vain de tarir par la compression de l'aorte. On fait alors la délivrance artificielle. Placenta adhérent. La main réintroduite dans l'utérus ramène des débris cotylédonnaires. Hémorragie : 1.450 grammes. Infection puerpérale à type hémorragique.

Sortie le 25° jour.

N° 1345. — Mme G... G., 21 ans. Primipare.

Rétention totale du chorion. On en pratique l'extraction immédiate.

Sortie le 20° jour.

ANNÉE 1931

N° 26. — Mme S... L., 23 ans. Primipare.

Rétention de membranes. On en pratique l'extraction immédiate. Hémorragie : 400 grammes.

Sortie le 16° jour.

N° 179. — Mme V... P., 23 ans. Primipare.

Hémorragie de 1.000 grammes avant la délivrance. Délivrance artificielle. Hémorragie totale : 1.250 gr.

Sortie le 29° jour.

N° 309. — Mme G... S., 26 ans. Primipare.

Grosse hémorragie de la délivrance évaluée à 1.200 grammes. On fait la délivrance artificielle.

Sortie le 21^e jour.

N° 410. — Mme M..., 20 ans. Primipare.

Hémorragie marquée de la période de la délivrance, que n'arrête pas la compression de l'aorte. Délivrance par refoulement. Les membranes étant incomplètes, on réintroduit la main dans l'utérus et on ramène la moitié du chorion et des débris cotylédonnaires. Hémorragie totale : 900 grammes.

Sortie le 12^e jour.

Nous allons maintenant passer aux cas de mortalités consécutifs aux interventions obstétricales au cours de la période de la délivrance et, pour le répéter encore, succédant à un accouchement spontané. Ils sont au nombre de deux : l'un a été relevé en 1930, l'autre en 1931. Ils succèdent tous deux à une délivrance artificielle. Aucun cas de mort n'a été relevé comme survenant après une revision utérine.

Nous avons essayé d'exposer, aussi complètement qu'il nous a été possible de le faire, chacun d'eux.

B. — Observations des cas mortels

ANNÉE 1930

N° 387. — Mme P... I., 31 ans. VI pare.

Aussitôt après la sortie du fœtus, à la fin d'un ac-

couchement sans histoire, la malade perd un flot de sang; on fait alors la compression de l'aorte. Malgré cela l'hémorragie continue, nécessitant une délivrance artificielle. La perte sanguine est évaluée à 1.500 gr. Le placenta restait adhérent sur un tiers environ au niveau de la corne utérine droite. On achève le décollement et on réintroduit la main pour s'assurer s'il n'est rien resté; on ne ramène que de petits caillots. La malade présente alors des signes d'anémie grave ayant persisté pendant 48 heures. Traitement habituel.

A partir du deuxième jour, la température qui, jusque-là, n'avait pas dépassé 38°2, monte brusquement à 40°. On va, dès lors, assister à l'évolution d'une infection puerpérale grave, du type septicémique sans localisations, ni frissons. On fait en vain la sérothérapie, l'autohémothérapie, une transfusion de sang et deux abcès de fixation, et le dixième jour la malade meurt dans le collapsus cardiaque.

ANNÉE 1931

N° 164. — Mme T... M., 23 ans. Primipare.

Un écoulement sanguin important, ayant débuté à la période d'expulsion et nécessité déjà, à ce moment-là, la compression de l'aorte et persistant après la sortie du fœtus, on pratique la délivrance artificielle. Le placenta reste adhérent sur un tiers environ; on achève le décollement et on réintroduit la main afin

de voir s'il n'est rien resté. On ne ramène que de petits débris de membranes.

Au septième jour, frisson solennel ayant duré une demi-heure, accompagné d'une montée de la température à 40°. Un toucher du Professeur Voron montre des culs-de-sac empâtés sans cordon ni plastron. Douleur provoquée à la pression au niveau de l'angle utérin gauche irradiée vers l'hypocondre du même côté.

Le treizième jour, nouveau toucher par le Docteur Pigeaud, qui montre un utérus assez peu mobile, gros comme une orange. Ni douleur, ni tumeur dans les cornes utérines. Empâtement des culs-de-sac latéraux qui sont douloureux surtout à droite. On croit sentir quelques cordons disposés en rayons de roue allant du col vers les parois pelviennes.

Dates des frissons : les 5°, 7°, 8°, 11° jours.

Le quatorzième jour, toucher par le Professeur Voron montrant un empâtement surtout marqué à gauche.

Enfin, le dix-neuvième jour, dernier toucher par M. le Professeur Voron qui confirme les impressions précédentes. Ni plastron, ni cordons affirmables cependant.

Le seizième jour la malade présente deux grands frissons bien nets, on décide d'intervenir. M. le Professeur Villard pratique une laparotomie exploratrice : elle montre un utérus de volume normal en bonne position. Pas de thrombose visible au niveau du pédicule supérieur. Il semble qu'il existe une induration

de la veine hypogastrique à gauche. On pratique alors la ligature de la veine-cave.

A la suite de l'intervention, les frissons ont disparu d'une manière complète pendant 11 jours, mais la température s'est maintenue entre 39° et 40°, avec cependant tendance à l'amélioration. Le 20 mars 1931, c'est-à-dire au vingt-neuvième jour, les grands frissons ont recommencé, et la température présente de grandes oscillations à 41°. On pratique 3 hémocultures qui sont négatives.

Le 27 mars 1931, donc le trente-sixième jour, les grands frissons continuent. Puis tout semble s'améliorer, malgré une congestion des deux bases, surtout marquée à droite.

Mais le 10 avril 1931, c'est-à-dire au cinquantième jour, la température remonte à 39°9, le cinquante et unième jour elle arrive jusqu'à 40°3, et le cinquante-deuxième jour, la malade meurt après avoir atteint 41°, victime d'une pyohémie qui a duré deux mois environ.

CHAPITRE III

Examen des faits observés

Du mois de novembre 1927 au mois de mai 1931, 4.445 accouchements se sont déroulés à la Clinique Obstétricale de la Charité. Nous avons recherché dans les registres les observations concernant les femmes ayant subi une intervention au cours de la période de la délivrance, à l'exclusion de tout autre intervention obstétricale effectuée, soit dans le but de déclencher le travail, soit pour terminer l'accouchement.

Nous avons relevé 116 observations de cette catégorie ; elles correspondent, soit à des délivrances artificielles, soit à des revisions utérines.

Les Délivrances Artificielles ont à peu près toutes été effectuées pour parer à des hémorragies survenant, soit au cours de la période d'inertie physiologique, soit au cours de la période des contractions douloureuses. En effet, comme nous avons éliminé tous les cas d'intervention au cours du travail, nous avons

écarté de ce fait un certain nombre de cas dans lesquels après une intervention laborieuse, on pratique une délivrance artificielle en quelque sorte systématique, d'une part pour évacuer complètement l'utérus, d'autre part avec le désir de vérifier l'intégrité des parties molles.

Quant aux Revisions Utérines, nous voyons qu'elles ont été mises en œuvre pour des faits de deux ordres. Dans une première catégorie de cas, qui est du reste la plus nombreuse, les revisions utérines ont été pratiquées pour parer à une complication hémorragique survenant après la sortie du délivre. Mais dans une autre catégorie de faits, on voit que les revisions utérines ont été pratiquées en dehors de tout accident immédiat, simplement parce que l'examen systématique du délivre avait permis de conclure à la possibilité d'une rétention.

A l'heure actuelle, un certain nombre d'articles ou de communications récentes viennent d'être consacrés à cette question de la revision utérine. Il semble que de nombreux accoucheurs soient favorables à une revision utérine systématique qui, vidant l'utérus de tout caillot ou de tout débris de caduque, doit dans leur esprit jouer un rôle prophylactique vis-à-vis des infections puerpérales et aussi des hémorragies du post-partum. Notre Maître, M. le Professeur Voron, se montre volontiers favorable aux revisions utérines, mais il estime que, dans un Service hospitalier, cette intervention ne doit pas être confiée à toutes les sages-femmes et qu'elle ne donne de bons résultats qu'entre des mains parfaitement exercées et à con-

dition, bien entendu, que cette intervention ne soit faite que sous le couvert d'une rigoureuse asepsie. Dans la pratique, à la Clinique Obstétricale, aucune revision utérine systématique n'est entreprise, mais cette manœuvre est effectuée toutes les fois que l'examen du délivre montre la possibilité d'une rétention.

Nous avons relevé 55 cas de délivrances artificielles et 61 cas de revisions utérines. La morbidité globale est de 31 %, y compris les infections mammaires survenues dans le décours des suites de couches. Cette morbidité comprend tous les phénomènes infectieux survenus chez les femmes après leur accouchement, alors que ces phénomènes infectieux ne peuvent, avec certitude, être attribués à autre chose qu'à une infection puerpérale.

En enlevant, ainsi qu'a bien voulu nous le conseiller notre Maître, M. le Professeur Voron, les infections d'origine mammaire, ce pourcentage se ramène à 27 %.

Si maintenant on cherche à distinguer entre les délivrances artificielles et les revisions utérines, on trouve les résultats suivants :

A. — DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

Morbidité générale: 20 pour 55, soit.....	36 %
Morbidité par infection puerpérale (non compris les infections mammaires): 18 pour 55, soit.....	32,7 %
Mortalité: 2 pour 55, soit.....	3,6 %

B. — REVISIONS UTÉRINES

Morbidité générale : 16 pour 61, soit.....	26	%
Morbidité par infection puerpérale (non compris les infections mammaires) : 14 pour 61, soit.....	23	%

Si l'on considère uniquement la morbidité, on constate que le taux en est assez élevé. Ceci n'est pas étonnant à la suite des délivrances artificielles, mais surprend davantage quand il s'agit de revisions utérines, qui en principe sont effectuées correctement dans un service hospitalier. Notons cependant que le taux de la morbidité est nettement moindre après ce dernier genre d'interventions qu'après les délivrances artificielles. Remarquons aussi que nous avons calculé cette morbidité d'une manière extrêmement large, plaçant parmi les infections puerpérales tous les phénomènes infectieux constatés pendant le post-partum, lorsqu'ils ne sont pas, d'une manière évidente et indiscutable, dus à des accidents pathologiques caractérisés et différents de l'infection puerpérale.

Si nous comparons les chiffres précédents avec ceux obtenus, dans des conditions analogues, par nos camarades Esparrac et Rolland, le premier après les accouchements spontanés, le second après les interventions au cours du travail et les accouchements provoqués, nous trouvons, comme nous nous y attendions d'ailleurs fort bien, qu'ils sont nettement inférieurs aux nôtres. Les voici, compte non tenu des infections mammaires :

a) Morbidité après accouchements spontanés. 7,1 %

b) Morbidité après interventions pendant le travail et les accouchements provoqués... 20 %

Il serait maintenant intéressant de comparer avec nos chiffres personnels, ceux obtenus par les différents auteurs qui se sont occupés de la question. Cela est extrêmement difficile, étant donné que, comme nous le montrions plus haut, avant l'exposé de nos observations, chacun d'eux est parti d'une conception personnelle de la morbidité par infection puerpérale, et que la plupart d'entre eux ont mêlé les délivrances artificielles après accouchement spontané avec celles consécutives après accouchement où la marche du travail avait été favorisée ou provoquée par des interventions obstétricales adéquates. Aussi voyons-nous que les chiffres obtenus s'échelonnent de 40,7 % (Fehling, 1903, cité par Commandeur), à 5,5 % (Jacobson, Thèse Paris, 1906), en passant par 14,7 % (Brosset, Thèse Paris, 1898) et 7 % (Vandier, Thèse Paris, 1926). Nous noterons simplement que, si à l'exemple des auteurs précédents, nous restreignons les conditions de la morbidité, au diagnostic porté d'infection puerpérale nettement caractérisée, nos chiffres personnels deviennent les suivants :

1° Morbidité après délivrance artificielle.... 11 %

2° Morbidité après révision utérine 8 %

Nous allons maintenant envisager la mortalité par infection puerpérale à la suite des interventions pratiquées au cours de la délivrance et toujours sur des malades n'ayant subi aucune autre intervention pendant le travail.

Pour 116 observations nous avons noté 2 cas de mort, ce qui fait une mortalité globale de 2 % environ, 1,7 % exactement, mais de 4 % presque, strictement de 3,6 %, si on considère uniquement les délivrances artificielles, puisqu'aucune mort n'a été constatée à la suite d'une revision utérine. On obtient donc en considérant toutes les interventions utérines au cours de la délivrance un taux de mortalité extrêmement élevé, qui, rapporté au nombre total des observations, est proche de 2 %.

Ces chiffres sont de très loin supérieurs à ceux obtenus par nos camarades Esparrac et Rolland dans leurs statistiques et que voici :

Mortalité par infection puerpérale après accouchement spontané	0,08 %
Mortalité par infection puerpérale après intervention pendant le travail ou accouchement provoqué	0,2 %

Ils sont aussi quelque peu supérieurs à ceux obtenus par les auteurs que nous citons plus haut et qui trouvent les résultats suivants :

Vandier (Thèse Paris 1926)...	2 pour 90, soit 2,2 %
Royer (Thèse Paris, 1903)	2 pour 99, soit 2,1 %
Brosset (Thèse Paris, 1898)....	2 pour 115, soit 1,7 %

Seul Alhfeld trouverait un résultat notoirement supérieur au nôtre, soit 10 %, mais il explique qu'il ne faut pas voir là uniquement l'influence de la délivrance artificielle, car cette opération aurait été pratiquée sur des femmes « en puissance d'infection puerpérale déjà prononcée ».

Ces résultats extrêmement défavorables paraissent

donc justifier l'opinion classique exprimée dans le Précis de Fabre sous la forme suivante :

« La délivrance artificielle est la plus dangereuse de toutes les interventions au point de vue de l'infection puerpérale ».

Il semble cependant qu'un correctif puisse être apporté à cette opinion. Peut-être ce danger des délivrances artificielles tient-il au fait que ces interventions sont pratiquées le plus souvent d'extrême urgence par les sages-femmes de Maternité dont le zèle et la conscience professionnelle ne sont pas en doute; mais qui, cependant, souvent, un peu affolées par les responsabilités qu'elles prennent ainsi, et que les faits, du reste, leur commandent de prendre, peuvent peut-être ne pas effectuer ces interventions dans les conditions parfaites qui se trouvent réalisées par exemple dans la clientèle privée d'un accoucheur spécialisé.

Il est extrêmement curieux, en effet, de constater, quand on interroge les accoucheurs, que ceux-ci ne redoutent pas d'une manière particulière les délivrances artificielles et que, en tout cas, ils n'ont pas remarqué un taux de morbidité particulièrement élevé à la suite de semblables manœuvres obstétricales, effectuées par eux-mêmes et dans les meilleures conditions.

Il n'en reste pas moins vrai que, les conditions étant ce qu'elles sont, il convient dans les Services hospitaliers de redouter ces manœuvres, pas au point cependant d'effrayer le personnel chargé de les exécuter, et qui est trop souvent tenté de n'intervenir que lorsque la malade a présenté déjà une hémorragie importante.

Conclusions

I. — Nous avons relevé pendant 3 ans 1/2, à la Clinique Obstétricale 116 observations ayant trait à des femmes ayant subi une intervention intra-utérine au cours de la période de la délivrance à l'exclusion de toute autre intervention pendant le travail. Ces 116 observations se répartissent ainsi :

Délivrances artificielles	55
Revisions utérines	61

II. — Le taux global de la morbidité par infection puerpérale dans de semblables cas a été de 31 % qui peut être décompté comme suit :

Délivrances artificielles	36 %
Revisions utérines	26 %

III. — Si on retransche de notre statistique les infections puerpérales d'origine mammaire les pourcentages précédents sont ramenés aux chiffres suivants :

Morbidité globale	27 %
Morbidité par délivrance artificielle..	33 %
Morbidité par revision utérine	23 %

IV. — La mortalité constatée après de pareilles interventions nous paraît extrêmement élevée étant donné qu'elles ont été effectuées chez des femmes dont l'accouchement s'était déroulé de manière normale jusqu'au moment de la délivrance. On a en effet recueilli 2 observations de mort, soit un pourcentage global de mortalité légèrement inférieur à 2 %. Mais si l'on remarque qu'aucune mort n'a été constatée à la suite d'une revision utérine, et qu'au contraire les 2 cas observés l'ont été à la suite d'une délivrance artificielle, on aboutit en considérant seulement cette donnée à un taux de mortalité, rapporté aux délivrances artificielles, presque égal à 4 %, exactement 3,6 %.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 20 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- HIPPOCRATE. — Traduction Littré, t. VIII.
- SORANUS D'EPHÈSE. — Traité des maladies des femmes. Traduction Hergott, chap. XXII.
- AMBROISE PARÉ. — Œuvres.
- LOUISE BOURGEOIS. — Observations diverses sur la stérilité et la fécondité. *Acc.*, 1642, chap. XIV.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses, 1694, chap. VIII.
- PORTAL. — Pratique des accouchements, 1682.
- PEU. — Pratique des accouchements, 1694.
- PUZOS. — Œuvres, 1650.
- LEVRET. — Méthode de délivrer les femmes après l'accouchement. *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, 1757, chap. III.
- BAUDELOCQUE. — Traité des hémorragies internes de l'utérus.
- CHANTREUIL. — Etude de l'expression utérine comme moyen de délivrance.
- PAJOT. — Rétention du placenta dans l'utérus.
- TOURNAY. — *Thèse d'Agrégation*, 1887.
- DEMELIN. — *Thèse Paris*, 1888.
- AHLFELD. — *Zeitschrift für Geburtsh*, 1889.
- RIBEMOND DESSAIGNES. — *Thèse d'Agrégation*, Paris, 1883.
- NEWMAN. — *Monatschrift für Gynec. und Obstetric.*, 1896.
- ABEL. — Traitement des hémorragies utérines par rétention placentaire. Société de Médecine de Berlin (*Semaine Médicale*, 1897).
- VARNIER. — De la conduite à tenir pendant la délivrance. *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1894.
- PINARD. — Leçons sur la délivrance.

- VARNIER. — Pratique journalière d'accouchements.
- BRINDEAU. — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, Article de Gheorgiu. Année 1928.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBELENT. — Pratique de l'art des accouchements.
- TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchement.
- ZANGEMEISTER. — Nouveau procédé de la délivrance. *Semaine Médicale*, 1901).
- TIRUTIM. — Statistiques de la Clinique d'accouchements de la Faculté de Médecine de Karkoff. In *Journal des Acc. et de Gynécol.*, 1902, en russe.
- AHLFELD. — Manuelle placenta lösung ohne Gummihandschuhe. *Zentralblatt für Gynec. Leipzig*, 1904, chap. XXVIII.
- BORISCH. — Gummihandschuhe manueller placentalosunger. *Deutsch. Med. Wochenschrift*, 1906.
- SITCHINSKY. — De l'emploi des gants en obstétrique, en russe.
- GINSENBURG. — Die manuelle Entfernung. *Thèse de Marbourg*, 1900.
- MAYGRIER. — De la rétention des membranes après l'accouchement. *L'Obstétrique*, 1900.
- HOENE. — Ueber puerperale mortalität in der Koeniglichen. Universitats Frauenclinic in Koenigsberg, 1898-1902. *Thèse*, 1903.
- MEURICE. — Considérations pathogéniques et thérapeutiques sur les hémorragies de la délivrance. *Belgique Médical*, Gand, Haarlem, 1904.
- FABRE. — Précis d'obstétrique.
- BROSSET. — *Thèse Paris*, 1898.
- JACOBSON. — *Thèse Paris*, 1906.
- ALIANLEHEKOVA LESSONA. — *Thèse Lausanne*, 1903.
- ROYER. — *Thèse Paris*, 1903.
- VANDIER. — *Thèse Paris*, 1926.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Historique, technique et indications de la délivrance artificielle et de la revision utérine.	13
<i>Chapitre II.</i> — Exposé des observations.....	21
Observations des cas morbides.....	23
<i>Chapitre III.</i> — Examen des faits observés.....	35
CONCLUSIONS.	43
BIBLIOGRAPHIE.	45



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



